

Année 1956

N°

719

T H E S E

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat.)

—O—

p a r

K E S S E L E R Gérard

Né le 15 Février 1925 à Paris 7ème

Externe des Hôpitaux de paris

Présentée et soutenue publiquement le :

—O—

Titre

LA SEMIOLOGIE FONCTIONNELLE DES HERNIES

DIAPHRAGMATIQUES A PROPOS DE 50 OBSERVATIONS

—O—

Président

M. le Professeur Ch. DEBRAY

—O—

Ed. A.G.E.M.P.

—O—

Nom du candidat : KESSELER

Prénom : Gérard

Date de la soutenance :

N° d'ordre :

1

KESSELER Gérard
La sémiologie fonctionnelle
des hernies diaphragmatiques
à propos de 50 observations.
PARIS Dact. In 4° 32p.
Thèse Méd. Paris 1956
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1956

2

KESSELER Gérard
La sémiologie fonctionnelle
des hernies diaphragmatiques
à propos de 50 observations.
PARIS Dact. In 4° 32p.
Thèse Méd. Paris 1956
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1956

3

KESSELER Gérard
La sémiologie fonctionnelle
des hernies diaphragmatiques
à propos de 50 observations
PARIS Dact. In 4° 32p.
Thèse Méd. Paris 1956
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1956

4

KESSELER Gérard
La sémiologie fonctionnelle
des hernies diaphragmatiques
à propos de 50 observations
PARIS Dact. In 4° 32p.
Thèse Méd. Paris 1956
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1956



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555822_0016

Année 1956

N°

T H E S E

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat.)

—O—

p a r

K E S S E L E R Gérard

Né le 15 Février 1925 à Paris 7ème

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

—O—

Titre

LA SEMIOLOGIE FONCTIONNELLE DES HERNIES

DIAPHRAGMATIQUES A PROPOS DE 50 OBSERVATIONS

—O—

Président

M. le Professeur Ch. DEBRAY

—O—

Ed. A.G.E.M.P.

—O—



DOYEN HONORAIRE : M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN, BENARD (H.), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G.), LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LICEPER, MARION, MATHEU, MCCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET (membre de l'Institut).

ASSESEUR Jean VERNE.

I - PROFESSEURS

Anatomie	CORDIER (G.)	
Anatomie Pathologique	DEJARJE (A.)	
Bactériologie	N...	
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports ..	CHAILLEY-BERT (P.)	
Biologie Médicale	VERNE (J.)	
Cancérologie médicale et sociale	N...	
Carcinologie	OBERLING (C.)	
Chimie médicale.....	JAYLE (M.F.)	
Cliniques Chirurgicales	{ Hôtel Dieu	BROCQ (P.)
	{ Broussais	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
	{ Salpêtrière	N...
	{ Cochin.....	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE d'AUBIGNE (R.)	
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)	
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)	
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)	
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)	
Clinique de puériculture	LELONG (M.)	
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)	
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)	
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)	
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)	
Cliniques des maladies infectieuses	MOLLIARET (P.)	
Cliniques des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY (J.)	
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)	
Cliniques Médicales	{ Hôtel Dieu	N...
	{ Bichat	N...
	{ Cochin	MOREAU (R.)
	{ Broussais	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique ...	JUSTIN-BESANCON (L.)	
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)	
Cliniques Obstétricales	{ Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
	{ Baudeloque	N...
	{ Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)	
Clinique Oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)	
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires ..	RICHET (C.)	
Clinique Psychiatrique infantile	HEUYER	

Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique Thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (E.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PITDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GAILLARD (H.)
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale	HERKLEN (F.F.)
(chaire à titre personnel)	
Pathologie Médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel) ...	DOGNON (A.)
Physiologie.....	BINET (L.)
Physique médicale	SEROHL (A.)
Radiologie médicale	DESCREZ (H.)
Technique chirurgicale.....	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

Anatomie.....	DELMAS (A.), pr.s.ch., DEBEYRE (J.) OLIVIER (), N...
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARD (Mlle P.) pr.s.ch., BUSSE (F.), GUYGOU (Ch.)
Bactériologie	NEVOT (A.), N...
Biochimie médicale	ETTORI (J.), pr.s. ch., N..., N...
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (F.)
Embryologie	TUCHMANN
Histologie	BULLIARD (H.) pr.s.ch. N..., N...
Hydrologie	N...,
Hygiène	BOYER (J.), pr.s.ch. DEPARIS (M) , pr.s.ch.
Maladie infectieuses	N...
Médecine légale et du Travail	DEROBERT (L.), pr.s.ch. , GAULTIER (M.) HADENGUE (A.), N...
Neurochirurgie	DAVID (H.)
Neurologie	N...
Obstétrique	GRASSET (J.), LEPAGE (F.), MERCIER (R.), MORIN (P.), RAVINA (J.), N..., N...
Ophtalmologie	DESVIGNES (P.), N...
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.), MADURO (R.)
Parasitologie	CHABAUD (A.), N...

Pathologie chirurgicale	ABOULKER (P.), BAUMANN (J.), GOSSET (J.), LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.), OLIVIER (Cl.) POUILLEUX (F.), VERNE (J.M.), N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N....
Pathologie expérimentale	N..., N...
Pathologie médicale	BERNARD (J.), BOUDIN (G.), CASTAIGNE (P.) CONTE (M.), DONART (A.), LAMOTTE (M.), LAROCHE (Cl.), MILLIEZ (P.), PEQUIGNOT (H.), PERRAULT (M.), RAMBERT (P.), THIEFFRY (ST) TURIAU (J.), N..., N..., N..., N..., N..., N..., N...
Pédiatrie	JOSEPH (R.), N..., N...
Pharmacologie	CHEYROL (J.), pr.s. ch. LEVY (Mlle J), pr. s.ch. BARGETON (D.), pr.s.ch. PARROT (J.), pr.s.ch. DEJOURS (P.) DJOURNO (A.), pr.S.ch. GOUCHEROT (L.)
Physique Médicale	KREIS (B.)
Pneumo-Phtisiologie	N...
Psychiatrie	N...
Psychiatrie infantile	NICHANX (Z.)
Rhumatologie	N...
Stomatologie	CHAPUT (lme A.), CHERNEA (P.)
Thérapeutique	N....
Urologie	KUSS (R.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE et AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Clinique chirurgicale	AMELINE (A.), HUGUIER (J.), LEGER (L.), PADOVANI (P.D, PATEL (J.), ROUX (M.); RUDLER (J.C.), SICARD (A.)
Clinique médicale	BROUET (G.), N..., DECOURT (J.) DEEYFUS (Gilbert), FAUVERT (R.), HAGUENAU (M.) pr.s.ch., HAMBURGER (J.), KOURILSKY (R.), MARCHAL (G.), SOULIE (E.)
Clinique Obstétricale	ESCALLE (G.), MAYER (R.), VARANGOT (J.)
Clinique Ophtalmologique	OFFRET (G.), RENARD (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

Socrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Socrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	(Mlles DURAITRE (P.), LAURENT H. LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 dec. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents, à ma famille,

A ma fiancée.

A Monsieur le Professeur Charles DEBRAY

Professeur de Clinique Médicale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux de Paris,

qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette
thèse, notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Lambling,

Médecin des Hôpitaux de Paris,
Chef de Service à l'hôpital Pichat,

qui a permis la réalisation de
ce travail dans son Service,
notre reconnaissance respectueuse.

A Monsieur le Docteur BONFILS,

Médecin des Hôpitaux de Paris,

qui nous a dirigé au cours de
l'élaboration de cet ouvrage,
nos plus sincères remerciements.

A mes Maîtres pendant mon Externat dans les
Hôpitaux de Paris :

Monsieur le Professeur agrégé GATELLIER

Monsieur le Docteur GILSON

Monsieur le Docteur HILLEMAND

Monsieur le Docteur POUMAILLOUX

Monsieur le Docteur MARQUEZY

Monsieur le Professeur CATHALA

Monsieur le Docteur LAPORTE

Monsieur le Professeur DEBRE

Monsieur le Professeur RAVINA

Monsieur le Docteur BRUNET

en reconnaissance.

I N T R O D U C T I O N

Les hernies diaphragmatiques font actuellement l'objet de travaux de plus en plus nombreux tant en France qu'hors de notre pays.

Parmi les plus importants, citons, à l'étranger, ceux d'Akerlund en Suède, de Berg en Allemagne, d'Harrington aux Etats Unis, d'Allison en Angleterre, de Brombart en Belgique, et en France, ceux de Hillemand et ses élèves, de Nemours-Auguste et de Lortat-Jacob.

Un travail récent sur ce sujet est réalisé dans la thèse de Wattebled basée sur 100 Observations et dont la documentation et les conclusions apportent une contribution solide à l'étude de la question.

Dans ces études d'ensemble autant que dans certains travaux segmentaires, quelques problèmes ont attiré particulièrement l'attention. Ils portent en particulier sur la classification, la sém-iologie fonctionnelle, les hémorragies, le mode de production et le rôle des anomalies congénitales ou acquises dans la genèse des hernies diaphragmatiques.

Pour notre part, sur un ensemble de 50 observations de hernies diaphragmatiques recueillies dans le Service de notre Maître le Docteur Lambling, nous avons été amenés à étudier tout particulièrement la sém-iologie fonctionnelle de la maladie.

Nous avons été frappés en particulier par les variations symptomatiques d'une affection dont la lésion anatomique est à première vue assez constante d'un malade à l'autre et nous nous étions demandés si dans ces conditions ces troubles fonctionnels étaient liés à la hernie elle-même ou s'ils ne dépendaient pas de divers facteurs associés à la hernie et capables éventuellement de la provoquer .

Autrement dit, se trouvait posée certaine manière à nos yeux la question de la spécificité de la sém iologie herniaire, tout au moins pour certains de ces symptômes. C'est dans cette intention que nous avons plus spécialement abordé le problème de la chronologie des symptômes et de leurs rapports avec certaines caractéristiques étiologiques générales, avec d'autres manifestations fonctionnelles.

Ce travail comprendra donc 2 parties :

- 1) L'étude des différents aspects de la sém iologie fonctionnelle et de leur fréquence relative, étude comparative dans les mêmes conditions de l'âge du malade, de l'importance du volume de la hernie, de la nature et de la fréquence d'éventuelles lésions organiques associées.
- 2) L'étude des relations qui peuvent unir ces différents paramètres d'étude. Ceci surtout dans le but de dégager certains aspects cliniques de la maladie.

Notre étude concerne donc un nombre limité de cas et ne peut constituer qu'un travail d'orientation. On n'attribuera donc qu'une valeur très relative aux pourcentages que nous avons cru devoir mentionner parfois pour faciliter la lecture de cet ouvrage.

PREMIERE PARTIE

Cette partie est consacrée à l'étude des différents paramètres fonctionnels ou organiques que nous avons choisis pour ce travail c'est-à-dire : répartition selon l'âge et le sexe, sémiologie fonctionnelle douloureuse hémorragies et anémies, volume de la hernie et enfin lésions organiques digestives associées.

Néanmoins, auparavant, il nous paraît important de définir notre matériel de travail et nos méthodes.

Considérations générales et méthodes d'étude :

La présente étude porte sur 50 hernies diaphragmatiques dont 36 femmes et 14 hommes.

Ces hernies diaphragmatiques ont été diagnostiquées sur une période de 9 années. Leur répartition s'est étalée sur une durée identique, mais le pourcentage varie selon les années ce qui fait que la fréquence oscille selon les années entre 0% et 3% comme le montre le tableau ci-dessous.

Année	Affections digestives	Hernies	Pourcentage
1947 à 1951	1985	7	0,35%
1952	716	5	0,70%
1953	647	3	0,46%
1954	611	20	3%
1955	611	11	1,8%
1956 partielle		4	

Ainsi donc, comme le signale Wattebled, la fréquence augmente depuis que les techniques s'améliorent

et qu'on est plus averti de la séméiologie. Pencon. la dans cette affection.

Néanmoins, nous considérons, contrairement à certains, que l'image radiologique est indispensable pour poser le diagnostic. C'est elle que nous avons obtenue dans nos 50 cas et qui a pu être chaque fois fixée sur un cliché radiographique. Celui-ci a révélé que le volume des hernies que nous avons étudiées n'a jamais dépassé, sauf un cas, celui d'une orange, ce qui fait que notre matériel de travail est relativement homogène.

D'autre part, il ne nous a pas paru possible, sur les documents radiologiques que nous possédons, de distinguer avec certitude les hernies par glissement, avec cardia mobile, des hernies par déroulement avec cardia fixe.

Etant donné l'état d'esprit qui a présidé à cette étude, ce problème était d'ailleurs secondaire car nous nous abstenons d'étudier les variations éventuelles de la séméiologie fonctionnelle en regard de l'une ou l'autre forme anatomique.

I./ REPARTITION SELON L'AGE ET LE SEXE :

Cette étude de l'âge peut être réalisée de deux manières :

- a) d'une part, avec la majorité des auteurs, on peut ne tenir compte que de l'âge au moment où le diagnostic a été fait. Mais il s'agit là d'une attitude un peu critiquable, puisqu'il semble que dans certains cas le diagnostic ait pu être posé dès la formation de la hernie alors que, dans d'autres, les malades ont pu supporter pendant des années une séméiologie peu gênante avant de venir consulter un médecin.
- b) l'idéal serait donc de comparer l'âge des malades au moment où la hernie s'est formée.

Peut-on, pour résoudre ce problème, considérer que le début de la symptomatologie correspond à la date de formation de la hernie ? C'est une question à laquelle il est impossible de répondre avec certitude.

Il faudrait pour cela que tout malade radiographié pour une affection digestive subisse une exploration plus spécialement orientée vers la recherche de la hernie, ce qui est loin d'être fait.

Ainsi pourrait-on seulement savoir si la hernie diaphragmatique peut être asymptomatique durant une partie de son évolution ou si au contraire le début des manifestations fonctionnelles coïncide à peu près avec la période de création de la hernie.

Sans trancher ce débat, il nous a paru néanmoins intéressant d'étudier l'âge d'apparition de cette symptomatologie fonctionnelle. Nous verrons qu'un tel calcul se heurte cependant à certaines difficultés et dans la présente étude statistique nous tiendrons compte uniquement de l'âge auquel le diagnostic a été porté.

Ceci posé, l'âge de nos 50 malades (dont 14 hommes et 36 femmes) s'étend de 29 à 81 ans, et nous avons pu les classer en 3 groupes :

Âge	Nombre de cas	Sexe	
		hommes	femmes
au-dessous de 50 ans	5 cas	1	4
entre 50 et 80 ans	44 cas	13	31
au-dessus de 80 ans	1 cas		1

Comme Wattebled, nous rencontrons des hernies diaphragmatiques surtout après 50 ans. Mais nos résultats diffèrent dans la répartition des hernies selon l'âge.

Tandis qu'il situe le maximum de fréquence entre 55 et 60 ans, nous rencontrons ce maximum sur une période beaucoup plus étalée entre 50 et 80 ans et, qui plus est, avec une égale répartition des cas entre les 3 décades intermédiaires comme le montre le tableau ci-dessous :

Âge	Nombre de cas	Sexe	
		hommes	femmes
entre 50 et 60 ans	14 cas	5	9
" 60 et 70 ans	15	2	13
" 70 et 80 ans	15	6	9

L'âge moyen de nos malades pris dans leur ensemble se situe ainsi autour de 62 ans.

La prédominance des hernies diaphragmatiques chez la femme, sur laquelle tous les auteurs ont mis l'accent, se retrouve dans notre étude puisque nous avons 36 femmes atteintes de cette affection sur 50 observations, soit 72% de nos cas.

Notons que c'est entre 60 et 70 ans, c'est-à-dire aux alentours de l'âge moyen électif des hernies diaphragmatiques qu'on rencontre le plus fort pourcentage (87%) de l'élément féminin.

II. / LA SEMIOLOGIE FONCTIONNELLE DOULOUREUSE :

Utilisant les notions classiques, nous avons divisé nos malades en 4 catégories :

- a) formes asymptomatiques (2 cas sur 50)
- b) formes à symptomatologie typique d'emblée, c'est-à-dire dont la première manifestation est un pyrosis ou un syndrome de posture ou leur association (24 observations sur 50) .

Pour éviter toute équivoque, il nous paraît utile de définir le pyrosis et le syndrome de posture tels qu'ils sont conçus .

-Le pyrosis est caractérisé par une sensation de brûlure à point de départ épigastrique et qui, fait essentiel, subit une irradiation ascendante rétro-sternale plus ou moins vive qui peut atteindre la mâchoire. Cette brûlure s'accompagne d'une régurgitation de liquide acide ou insipide dans la bouche, survenant en dehors de tout effort de vomissement.

Le pyrosis est ainsi la traduction fonctionnelle clinique d'un reflux du contenu gastrique dans l'oesophage. Il survient soit en dehors de tout phénomène postural, soit surtout, en position de décubitus dorsal ou latéral.

La brûlure peut demeurer isolée, en l'absence de régurgitation, et constituer, selon Hillemand, la forme mineure du pyrosis.

- Le syndrome de posture, lui, est caractérisé par la survenue d'une brûlure ou d'une douleur de siège variable, le plus souvent épigastrique, parfois dorsale dans la région interscapulaire, et qui, fait essentiel, survient lors de certaines positions, en particulier quand le malade se plie en avant pour ramasser un objet.

Nous rapprocherons de ces formes les hernies diaphragmatiques qui s'accompagnent de manifestations dysphagiques.

c) Formes à symptomatologie typique retardée (8 observations sur 50) .

Il s'agit de malades qui ont effectivement un pyrosis ou un syndrome de posture, mais ces symptômes ont été précédés par une période plus ou moins longue de manifestations digestives autres, syndrome hypersthénique ou hyposthénique, plus rarement vomissements isolés, pituites, coliques abdominales, constipation franche, etc...

d) Formes à symptomatologie atypique (16 observations sur 50) :

Le malade n'ayant jamais présenté ni pyrosis, ni syndrome de posture, ni dysphagie.

Avant d'étudier plus avant ces 4 groupes, la classification de nos 50 observations, compte tenu de la symptomatologie fonctionnelle, peut se résumer dans le tableau suivant :

	Nombre de cas	Âges extrêmes	Sexe	
			H	F
F. asymptomatiques	2	57 et 61.	1	1
F. typiques d'emblée	24	29 à 81	8	16
F. typiques retardées	8	50 à 72	3	5
F. atypiques	16	44 à 76	2	14

La seule remarque que nous ferons concerne la variation des fréquences selon le sexe et la symptomatologie :

Les formes typiques d'emblée se rencontrent chez des femmes dans 1/3 des cas seulement alors que

les formes atypiques sont surtout le fait de l'élément féminin (près des 4/5).

A/ Formes asymptomatiques :

Leur rareté frappe d'emblée puisque 2 observations seulement rentrent dans ce groupe.

Ceci n'est pas pour étonner car on sait qu'il n'est possible de mettre en évidence les formes asymptomatiques que si on les recherche systématiquement par la technique radiologique qui leur est propre et que cette recherche n'est habituellement pas effectuée au cours d'un examen radiologique standard de l'estomac.

On conçoit que dans ces conditions bien des hernies asymptomatiques doivent passer inaperçues.

D'ailleurs dans un de nos 2 cas la symptomatologie était tout de même cardio-oesophagienne puisque l'observation concerne un homme de 57 ans venu consulter pour une dysphagie et chez qui l'examen radiologique a permis la mise en évidence, à côté d'un cancer de l'oesophage, d'une hernie diaphragmatique de la taille d'une noix, restée latente.

Beaucoup plus intéressants sont les 3 groupes suivants qui étudient des formes où la présence d'une sémiologie fonctionnelle a attiré l'attention sur le tube digestif.

B/ Formes à symptomatologie typique d'emblée :

- Nous avons déjà vu que 24 malades soit près de la moitié, présentaient d'emblée un pyrosis, un syndrome de posture ou leur association.
- leur âge est compris entre 29 et 81 ans.
- le sexe féminin est prédominant puisque les femmes (16) sont 2 fois plus nombreuses que les hommes (8).
- on a pu scinder ces malades en 2 sous-groupes en tenant compte du temps depuis lequel la sémiologie est apparue.

Ces 2 sous-groupes portent sur 21 de ces malades, car 3 d'entre eux présentaient soit un syndrome de posture isolé, soit une association d'un pyrosis à un syndrome de posture, soit une

dysphagie depuis un laps de temps qui n'a pu être précisé.

Parmi les 21 malades qui présentent une sémiologie typique depuis un temps connu :

8 souffrent depuis moins d'un an,
13 souffrent depuis plus d'un an.

- Fait remarquable chez tous les malades qui souffrent depuis moins d'un an, la symptomatologie se borne à un pyrosis isolé.
- Les 13 malades qui souffrent depuis plus d'un an peuvent se répartir comme suit :
 - 6 malades de 52 à 81 ans présentent un pyrosis isolé,
 - 2 malades de 55 et 62 ans présentent seulement un syndrome de posture.
 - 5 malades de 47 à 71 ans souffrent d'un pyrosis et d'un syndrome de posture associés.
- Nous avons recherché parmi ces 5 derniers cas s'il n'était pas possible de retrouver un pyrosis isolé précédant un syndrome de posture. Mais les renseignements fournis par les malades n'étaient pas suffisants pour pouvoir répondre à cette question.
- Néanmoins, un fait est frappant ; sur les 24 malades de ce groupe, 14 souffrent d'un pyrosis isolé, 3 seulement souffrent d'un syndrome de posture sans pyrosis. Le pyrosis isolé ou associé existe dans 19 cas, sur 24, c'est-à-dire dans plus de 3/4 des cas.
- La symptomatologie typique, qu'elle date de plus ou moins d'un an, s'accompagne généralement d'autres troubles digestifs variés mais qui se résument dans les signes suivants : brûlures épigastriques, nausées ou vomissements, éructations, hémorragies digestives (hématémèse, ou méloena), constipation.
- Parmi nos 24 malades, 4 seulement soit un sur six environ, présentent une lésion organique digestive associée à la hernie diaphragmatique (2 lithiases biliaires, un ulcus, une carcinose épiploïque).
- En regroupant les données observées chez ce type de malades, il faut surtout retenir que le pyrosis

paraît précéder l'apparition d'un syndrome de posture.

Il est remarquable en effet que les 8 malades qui souffrent depuis moins d'1 an ne présentent qu'un pyrosis.

Mais d'autre part, certains malades ont pu avoir un pyrosis isolé pendant 20 ans sans présenter à la longue un syndrome de posture.

On peut cependant tenir compte de la constatation précédemment exposée : 14 malades ont un pyrosis alors que 3 seulement ont un syndrome de posture isolé .

- Cette précession du pyrosis pose un problème important . Si on admet avec certains que le pyrosis est avant tout symptomatique de la hernie, l'antériorité du pyrosis n'a comme intérêt que celui d'une certaine fréquence symptomatique.

Mais il est également possible de penser que ce pyrosis pendant un certain temps n'est témoin que d'un reflux et que ce reflux à la longue va faciliter ou provoquer l'apparition de la hernie.

Par contre toute une série d'éléments paraissent identiques qu'il s'agisse de malades atteints de pyrosis ou de syndrome de posture : l'âge, les lésions associées ne permettent pas d'individualiser une symptomatologie particulière en fonction de ces facteurs.

C/ Formes à symptomatologie typique retardée :

succèdent à des troubles digestifs banals.

Dans nos 8 cas, la survenue du pyrosis ou du syndrome de posture est récente (de 2 mois à 2 ans) succédant à un passé digestif qui oscille entre 1 an et demi et 40 ans.

L'étude détaillée de la sémiologie les répartit comme suit :

5 cas présentent 1 pyrosis isolé (chez des sujets de 50 à 72 ans)

2 cas présentent seulement 1 syndrome de posture (chez des sujets de 53 et 65 ans)

1 cas associe pyrosis et syndrome de posture (chez 1 sujet de 69 ans).

Mais cette répartition n'est pas indifférente ; le temps moyen depuis lequel ces malades souffrent d'un pyrosis , d'un syndrome de posture ou de leur association est de :

- 17 ans chez les sujets qui présentent 1 pyrosis isolé
- 22 ans chez les sujets qui présentent 1 syndrome de posture
- 40 ans chez les sujets qui présentent 1 pyrosis et 1 syndrome de posture.

D'où ressort l'ancienneté plus grande des troubles chez les sujets qui présentent un syndrome de posture.

En quoi consiste la symptomatologie digestive ancienne chez ces malades ? Il s'agit d'un syndrome de type hypersthénique non périodique (douleurs ou brûlures épigastriques) dans 3 cas sur 4, le reste se plaignant de troubles d'allure hyposthénique (ballonnement post-prandial, pesanteurs, nausées, vomissements). En fait, ces 2 types de syndrômes sont souvent plus ou moins associés chez ces malades.

Des lésions organiques digestives associées enfin existent dans la moitié de ces cas. Dans 3 observations il s'agit d'un ulcus gastro-duodénal dont l'un coexiste avec 1 lithiase biliaire, dans le dernier cas, il s'agit d'un dolicho-colon.

Conclusion :

De ce cadre ressort encore la survenue d'un pyrosis isolé lorsque les malades souffrent depuis peu, d'un syndrome de posture isolé ou associé au pyrosis si les troubles digestifs sont anciens.

Il semble donc qu'on doive considérer le pyrosis comme le 1er signe de l'affection, le syndrome de posture lui succédant le plus souvent et au bout d'un délai variable.

Les lésions organiques digestives associées sont plus fréquentes dans ce cadre (50%) que dans le précédent sans passé digestif (18%).

D/ Malades qui présentent des signes fonctionnels digestifs atypiques c'est-à-dire sans pyrosis ni syndrome de posture à aucun moment de l'évolution (soit 16 cas).

Depuis combien de temps souffrent ces malades ? De quelques mois à 50 ans, en moyenne depuis 12 ans.

(L'âge de nos malades va de 44 à 76 ans avec un âge moyen de 63 ans).

L'allure des troubles digestifs est comparable à celle qui précède la survenue d'un pyrosis ou d'un syndrome de posture dans le groupe précédent.

Il existe un syndrome hypersthénique dans 12 cas

Il existe un syndrome hyposthénique dans 2 cas.

Dans la symptomatologie atypique nous n'avons observé aucun cas qui se manifeste par un angor ou une dyspnée et cela corrobore l'opinion de Wattebled selon laquelle ces formes symptomatiques sont le fait des volumineuses hernies diaphragmatiques.

Des lésions organiques digestives associées existent dans 5 cas sur 14 = 35%, on y trouve :

2 lithiases vésiculaires dont l'une coexiste avec une cirrhose de Laënnec,

1 gastrite atrophique,

1 cancer du colon, et enfin

1 affection vésiculaire coexistant avec une diverticulose colique.

Conclusions :

De ce groupe comme du précédent ressortent la fréquence d'un syndrome hypersthénique chez un quart des malades porteurs de hernie diaphragmatique et la fréquence des lésions organiques digestives associées (35%).

Conclusion générale de ce chapitre :

De l'étude des groupes présentant une sémiologie fonctionnelle, il ressort semble-t-il :

- La précession du pyrosis sur le syndrome de posture.

- la fréquence d'un syndrome hypersthénique parmi la symptomatologie non typique,
- la fréquence non négligeable des lésions organiques digestives chez des malades porteurs de hernie diaphragmatique
- l'âge moyen relativement fixe de 62 ans chez l'ensemble des malades où la hernie diaphragmatique a été découverte.
- Mais à l'intérêt de connaître l'âge moyen des sujets porteurs d'une hernie diaphragmatique pour penser à la rechercher s'en ajoute un autre non moins important dont nous avons déjà parlé précédemment. Il consiste à tenter de déterminer l'âge de survenue de la hernie en se basant sur la date du début des manifestations fonctionnelles.
- Nos observations examinées dans ce sens nous conduisent aux résultats suivants :

1- malades à symptomatologie typique d'emblée .

Pour nos 24 malades dont 8 souffrent depuis moins d'un an et 13 depuis plus d'un an (pour 3 cas nous n'avons pu déterminer la date du début des troubles), on a soustrait de l'âge où le diagnostic de la hernie diaphragmatique a été porté le nombre d'années depuis lequel ils souffrent et on aboutit ainsi à un âge moyen de 56 ans, auquel surviendrait la hernie.

Il est cependant intéressant de noter que l'âge moyen des sujets qui souffrent depuis plus d'un an est de 51 ans alors que celui des sujets qui souffrent depuis moins d'un an est de 66 ans.

Il semble donc se dégager la conclusion suivante : plus les malades sont âgés et plus les symptômes de la hernie mènent rapidement à poser le diagnostic.

2- Malades à symptomatologie typique retardée :

Leur étude selon le même procédé que dans le groupe précédent permet de leur déterminer un âge moyen de production de la hernie vers 50 ans.

3- Malades à symptomatologie atypique, sans pyrosis, ni syndrome de posture :

Force nous est ici de penser que la hernie s'installe au moment du début des troubles digestifs ce qui aboutit à un âge moyen de 52 ans.

Conclusion :

- Il semble donc que l'âge de survenue de la hernie diaphragmatique basé sur la date d'apparition d'une symptomatologie fonctionnelle soit inférieur à celui du diagnostic de l'affection d'environ 10 ans. (vers 52 ans)
- La hernie diaphragmatique reste donc malgré tout une affection du sujet âgé.

III/ HEMORRAGIES ET ANEMIE :

Il nous a semblé indispensable de traiter les hernies diaphragmatiques dans leurs aspects hémorragique et anémique sous une même rubrique, tant elles sont difficilement dissociables.

En effet les anémies des hernies diaphragmatiques coïncident le plus souvent avec des hémorragies digestives connues et ne peuvent donc en être séparées. De plus, il est possible que les anémies sans hémorragie connue n'en relèvent pas moins de cette étiologie.

Signalons d'emblée que nous avons considéré comme atteints d'anémie les malades dont la numération globulaire montre un chiffre de globules rouges inférieur à 3.800.000 .

Pour permettre une vue plus schématique et analytique des choses, il nous a paru utile néanmoins d'étudier au sein de ce chapitre et successivement les formes hémorragiques et les formes anémiques, puis de les rassembler en les comparant et en tentant de les interpréter. L'intérêt de cette discrimination momentanée ressort de l'existence d'hémorragies révélatrices et d'anémies révélatrices d'une hernie diaphragmatique.

1- Les formes hémorragiques :

Leur fréquence est considérable puisque nous en avons rencontré 13 cas sur nos 50 observations, soit 26% c'est-à-dire un quart des cas.

L'allure des hémorragies que nous avons retrouvées peut se classer en 3 groupes :

- 2 cas d'hématémèses sans meloena autre que celui qui leur est consécutif.
- 4 cas d'hématémèses et de meloena alternés.
- 7 cas où seul existait un meloena. Celui-ci était macroscopique dans 6 cas, microscopique dans le dernier cas où la réaction chimique de Weber a mis sa présence en évidence.

L'étude de l'abondance des hémorragies a montré qu'il s'agissait dans tous les cas d'une hématémèse ou d'un meloena de moyenne abondance, mis à part le meloena microscopique précité, avec une numération globulaire pouvant atteindre 1.500.000 globules rouges.

Ceci corrobore les dires de Bréchet dont la thèse récente fait état de la plus grande fréquence, des meloena, les hématémèses étant plus rares. Comme lui, nous rencontrons surtout des hémorragies de moyenne abondance ; les petites hémorragies et les hémorragies cataclysmiques sont moins fréquentes.

La rareté apparente des hémorragies microscopiques se conçoit aisément ; elles passent facilement inaperçues et cela d'autant plus aisément qu'elles sont souvent discontinues (Bréchet).

Fait important, 3 parmi nos 13 formes hémorragiques ont été révélatrices de la hernie diaphragmatique. Dans 2 de ces cas il s'agissait d'hématémèse de moyenne abondance, dans le 3ème d'un meloena de moyenne abondance.

L'intérêt de cette constatation est considérable car il souligne dans le cadre des hémorragies digestives, dont l'étiologie est souvent si difficile à reconnaître, la place qu'il faut réserver à la hernie diaphragmatique en tant que facteur à rechercher. Ceci ne présente pas seulement d'ailleurs un intérêt pathogénique mais également et surtout une incidence thérapeutique puisque ces hémorragies ont une tendance certaine à la récurrence et que seul le traitement chirurgical de la hernie peut en amener la disparition.

L'âge des malades qui ont saigné n'apporte aucun élément intéressant. Il se situe entre 52 et 73 ans, ce qui n'a rien de surprenant puisque c'est

entre ces âges que se situe le maximum de fréquence des hernies diaphragmatiques.

L'étude des numérations globulaires de ces malades fournit les chiffres suivants :

- Dans 7 cas, une anémie existe, qui peut atteindre 1.500.000 globules rouges
- Dans 3 cas la numération est normale
- Dans les 3 derniers cas, elle n'a pu être retrouvée.

Enfin, signalons que 3 cas seulement sur 13, soit 23% des formes hémorragiques, présentent une lésion organique digestive associée à la hernie et susceptible d'expliquer à elle seule l'hémorragie. On reviendra sur ce point.

2- Les formes anémiques :

Leur fréquence : sur nos 50 observations de hernie diaphragmatique, 38 ont été l'objet d'une numération :

- 22 ont un taux globulaire normal (un seul malade parmi elles a saigné).
- les 16 autres soit 42% des cas examinés hématologiquement présentent une anémie inférieure à 3.800.000 globules rouges.

Deux d'entre elles ont été révélatrices de la hernie (sur 16 formes anémiques des hernies diaphragmatiques).

C'est la pâleur avec lipothymie, dyspnée sine materia, palpitations qui a été à l'origine de la découverte d'une anémie hypochrome dans les 2 cas. Celle-ci a fait rechercher systématiquement l'existence radiologique d'une hernie diaphragmatique dans son étiologie et a permis la mise en évidence, dans les 2 cas, d'une hernie atteignant la taille d'une orange.

→ Si cette fréquence de l'anémie est considérable, il importe d'en connaître le mécanisme.

a) Hémorragie certaine :

- Il parmi ces 16 formes anémiques s'accompagnent d'une hémorragie digestive, ou d'une lésion digestive associée, ou d'une association d'une hémorragie et d'une lésion organique digestive.

Elles se répartissent comme suit :

- : 2 présentent une hémorragie digestive macroscopique sans lésion organique digestive associée autre que la hernie.
- : 4 associent une lésion organique, susceptible de saigner, à une hémorragie macroscopique connue et comportent :

un ulcus de la petite courbure et du bulbe et une lithiase biliaire,

un ulcus du bulbe,

une oesophagite avec ulcus peptique,

un cancer du corps utérin avec ascite hémorragique, marquant une tendance hémorragique.

b) Hémorragie probable :

4 enfin présentent une lésion organique digestive sans hémorragie connue : 3 lithiases biliaires, dont l'une associée à une cirrhose de Laënnec, et une cirrhose dont l'étiologie n'a pu être retrouvée.

c) Absence de saignement :

Restent seulement 5 formes anémiques qui ne trouvent leur explication ni dans une hémorragie ni dans une lésion organique associée susceptible de saigner.

Pour les expliquer, certains auteurs font appel à un trouble du métabolisme du fer. Et en effet, on connaît le rôle de la sécrétion gastrique dans l'absorption du fer et la fréquence des anémies au cours des affections gastriques.

En fait beaucoup d'auteurs, et Bréchet dans sa thèse en particulier, pensent que l'anémie est la conséquence directe d'hémorragies digestives méconnues microscopiques et intermittentes. Ainsi s'expliquerait la négativité de 2 ou 3 examens de Weber consécutifs, examens qui restent trop peu nombreux et qui peuvent avoir été pratiqués à un moment où le malade ne saigne pas.

Nous sommes cependant frappés de voir que sur nos 16 formes anémiques, 7 seulement sont expliquées par une hémorragie digestive connue.

- Pour notre part, il est impossible de trancher. Il est probable que les hémorragies macroscopiques et microscopiques expliquent la majorité des cas.
 - Pour les autres, il s'agit de troubles du métabolisme du fer non démontrés. On sait en effet la rareté des anémies par achlorhydrie avec perturbation du métabolisme du fer.
- Dernier problème celui de l'origine du saignement. Nous ne l'aborderons que superficiellement, faute de documents personnels suffisants :
- 1) Hillemand, dans la thèse de Bréchet, distingue 2 origines possibles de l'hémorragie :
 - . tantôt celle-ci est de siège oesophagien et liée à une oesophagite simple ou à une oesophagite peptique comme tendent à le prouver l'examen radiologique de l'oesophage et surtout l'oesophagoscopie.
 - . tantôt elle est d'origine gastrique par suite de phénomènes congestifs siégeant en particulier au niveau du collet de la hernie.
 - 2) Pour notre part, chez 3 de nos formes hémorragiques qui ont subi un examen endoscopique,
 - . l'un a montré une muqueuse oesophagienne strictement normale,
 - . le second une fragilité de la muqueuse,
 - . chez le 3ème on a découvert une oesophagite et un ulcère peptique de l'oesophage.

L'origine oesophagienne semble donc justifiée sûrement dans le dernier cas, peut-être dans le second, exclue dans le premier.

Mais si force est de retenir comme vraisemblable l'oesophagite quand elle existe, ou la hernie à l'origine de l'hémorragie quand ces lésions sont isolées, on est bien plus gêné de la leur rattacher avec certitude lorsque la hernie s'accompagne d'une autre lésion organique digestive susceptible de saigner telles qu'un ulcère gastro-duodénal, une lithiase ou une cirrhose, et nous avons vu qu'il en est ainsi dans 4 de nos observations.

Il faut bien reconnaître, en définitive, qu'un certain nombre d'hémorragies, au cours des hernies diaphragmatiques, ne trouve aucune explication. Ces difficultés sont habituelles dès qu'on aborde un problème concernant les hémorragies digestives quel qu'en soit la cause, le siège profond de l'organe, source du saignement en est la raison essentielle.

IV/ CARACTERISTIQUES RADIOLOGIQUES DE NOS OBSERVATIONS :

Elles concernent le volume de la hernie et la coexistence ou non de cette dernière avec un reflux radiologique.

a) répartition des hernies diaphragmatiques selon leur volume .

Si l'on classe les 50 hernies étudiées dans le Service selon leur volume, on aboutit à les scinder en 2 groupes d'importance sensiblement égale :

- 22 hernies ont la taille d'une orange,
- 21 hernies ont la taille d'une noix.

Parmi les 7 cas qui ne rentrent pas dans le tableau précédent :

- 4 ont une taille non précisée sur l'observation (clichés appartenant aux malades)
- 3 ont une taille qui varie , selon les clichés, d'une noix à une orange.

On voit ainsi que la notion du volume de la hernie est contingente. Elle est souvent de taille variable selon le degré de la compression exercée au cours de l'examen radiologique pour la mettre en évidence.

Il faut signaler que 2 cas parmi les 50, présentaient une hernie fixée, même en orthostatisme.

Si on étudie l'âge des sujets en fonction du volume de la hernie, on trouve pour :

- les hernies de la taille d'une noix, des sujets âgés de 32 à 76 ans,
- les hernies de la taille d'une orange, des sujets âgés de 44 à 81 ans.

Ainsi le volume de la hernie paraît d'autant plus important que le sujet est plus âgé. Cette donnée confirme l'impression clinique courante : le relâchement musculaire, habituel chez le sujet âgé, joue un rôle important dans le volume de la hernie.

Enfin, les hernies de petite taille semblent le propre des sujets du sexe masculin si l'on considère le tableau suivant :

	Nombre de cas	Hommes	Femmes
petites hernies	21	8	13
grandes hernies	22	2	20

Sur 10 hommes porteurs d'une hernie, 8 ont une petite hernie. Par contre 20 femmes ont une grosse hernie, 13 en ont une petite. L'hypotonie musculaire plus grande chez la femme en est sans doute la raison.

b) Le reflux radiologique :

- Hillemand, dans la thèse de Wattebled, insiste sur la fréquence avec laquelle un reflux peut être mis

en évidence radiologiquement, chez les sujets atteints d'une hernie diaphragmatique, et le retrouve dans 3/4 des cas.

- Pour notre part sur 50 hernies, nous n'avons trouvé un reflux que dans 11 cas (soit 22%)
- Nous verrons ultérieurement les rapports du reflux avec la sémilogie fonctionnelle.

V/ REPARTITION SELON LES LESIONS ORGANIQUES DIGESTIVES ASSOCIEES

- La fréquence d'une lésion digestive autre que la hernie et associée à elle est considérable puisque 18 de nos 50 malades entrent dans ce cadre ce qui réalise 36% , soit plus de 1/3 des cas.

- Si on classe ces lésions organiques selon l'organe atteint, on aboutit aux résultats suivants :

1- affections hépato-vésiculaires :

- 5 lithiases,
- 1 affection vésiculaire,
- 2 cirrhoses

2- affections gastro-duodénales

- 4 ulcus
- 1 gastrite atrophique
- 1 diverticule du 2ème duodénum

3- affections coliques

- 1 cancer
- 1 diverticulose
- 1 colichocolon

4- affections œsophagiennes :

- 1 cancer
- 1 œsophagite avec ulcus peptique
- 1 dolicho-œsophage
- 2 méga-œsophages
- 1 diverticule moyen
- 1 diverticule supérieur.

Cette classification des lésions digestives associées à une hernie diaphragmatique permet d'aboutir

aux données suivantes :

- 1) elles sont fréquentes : 1/3 des cas.
- 2) elles sont souvent associées entre elles ;
chez 5 de nos malades où on rencontre :
 - 1 ulcus de la petite courbure gastrique
associé à un diverticule du 2ème duo-
dénium
 - 1 ulcus double et une lithiase biliaire,
 - 1 lithiase vésiculaire et une cirrhose de
Laënnec
 - 1 méga-oesophage et une anomalie gastrique
 - 1 affection vésiculaire et une diverticulose
colique.
- 3) Fréquence des affections hépato-vésiculaires
et gastro-duodénales, moindre fréquence des
affections coliques. Quant aux affections
oesophagiennes, elles doivent être citées
séparément.

En conclusion de ce chapitre se trouve posé le problème des rapports de ces lésions digestives avec les hernies diaphragmatiques. Nous les étudierons ultérieurement dans leurs liens avec la séméiologie fonctionnelle.

DEUXIEME PARTIE

Une fois étudiés, les différents paramètres fonctionnels ou organiques, il importe de les comparer entre eux pour tenter de mettre en évidence certains aspects cliniques des hernies diaphragmatiques.

Nous nous sommes ainsi attachés à reprendre l'analyse de la sémiologie fonctionnelle en fonction de divers facteurs tels que les caractéristiques radiologiques de la hernie, les hémorragies, les lésions associées.

I/ SÉMIOLOGIE FONCTIONNELLE ET CARACTÉRISTIQUES RADIOLOGIQUES DE LA HERNIE :

Par caractéristiques radiologiques nous entendons parler du volume de la hernie et de sa coexistence, dans certains cas, avec un reflux œsophagien mis en évidence par la technique radiologique.

a) Sémiologie fonctionnelle et volume de la hernie :

On a vu que nos 50 malades pouvaient être scindés, compte tenu du volume de la hernie en 21 malades porteurs d'une petite hernie de la taille d'une noix et 22 malades porteurs d'une grosse hernie de la taille d'une orange.

L'étude de la sémiologie chez les malades de ces 2 groupes aboutit aux résultats suivants résumés dans le tableau ci-dessous :

	Petites hernies	Grosses hernies
Sémiologie typique d'emblée	11	11
Sémiologie typique retardée	2	4
Sémiologie atypique	7	6
Découverte d'examen systématique	1	1
Nombre de hernies	21	22

Il ressort ainsi nettement une répartition sensiblement égale des 4 types de sémiologie quel que soit le volume de la hernie. L'existence de tel type de sémiologie fonctionnelle dont se plaint le malade ne permet donc pas de prévoir le volume éventuel de la hernie.

Nous avons ensuite comparé le temps depuis lequel le malade souffrait avec une petite ou une grosse hernie et nous avons abouti aux résultats suivants :

	Petites hernies	Grosses hernies
Malades qui souffrent depuis moins d'un an	9	3
Malades qui souffrent depuis plus d'un an	9	16
Hernies découvertes d'examen systématique	1	1
Malades qui souffrent depuis un temps indéterminé	<u>2</u>	<u>2</u>
	21 cas	22 cas

De ce tableau ressortent 2 faits : l'égalité fréquence des malades porteurs d'une petite hernie qui souffrent depuis plus ou moins d'un an, la disproportion du nombre des malades porteurs d'une grosse hernie qui souffrent depuis plus ou moins d'un an puisque les trois quarts d'entre eux souffrent depuis plus d'un an.

Il semble donc qu'en gros, le volume de la hernie soit directement proportionnel au temps depuis lequel le malade souffre, ou plus exactement que les grosses hernies s'observent surtout chez les malades qui souffrent depuis longtemps ; ce qui sous-entend que les lésions anatomiques évoluent à la longue, subissent une aggravation, et on arrive ainsi à l'idée que la grosse hernie diaphragmatique est l'aboutissant d'une maladie évolutive.

- b) Sémiologie fonctionnelle chez les malades qui présentent un reflux oesophagien radiologique :

On sait qu'il existe radiologiquement

des reflux oesophagiens sans hernie. On sait aussi que les hernies diaphragmatiques peuvent s'accompagner ou non d'un reflux.

11 de nos malades présentaient un tel reflux
Leur sémiologie se répartit comme suit :

7 ont une sémiologie typique d'emblée dont
4 associent un pyrosis et un syndrome de
posture.

1 a une symptomatologie typique retardée et
associe un pyrosis et un syndrome de posture.

3 enfin ont un syndrome atypique de type hyper-
sthénique.

Tous ces malades sauf deux, souffrent depuis plus
d'un an.

- Ainsi, si on envisage les malades atteints d'un re-
flux radiologique, soit 11 malades, 5 d'entre eux
soit 45% associent un pyrosis et un syndrome de
posture alors que sur l'ensemble de nos 50 sujets
cette symptomatologie ne s'observe que 8 fois
soit 16%.

- Inversement si on prend les 8 malades qui ont un
pyrosis et un syndrome de posture associés, on
trouve chez eux 5 reflux, c'est-à-dire 62%, alors
que le pourcentage des reflux chez nos malades est
de 11 sur 50, soit 22%.

Si maintenant on limite le problème au py-
rosis qui représente théoriquement une expression
fonctionnelle du reflux, on s'aperçoit qu'il n'y
a pas de parallélisme strict entre reflux fonctionnel
et reflux radiologique. En effet, sur nos 11 ma-
lades qui ont un reflux radiologique, 8 ont du
pyrosis, soit 72% alors que sur l'ensemble de nos
50 malades le pyrosis est rencontré dans 64% des
cas.

II/ SEMIOLOGIE FONCTIONNELLE DES FORMES HÉMORRAGIQUES FRANCHES

Sur nos 13 formes hémorragiques, on trouve :

- 4 cas où la symptomatologie est typique d'emblée (un pyrosis dans 3 cas, un syndrome de posture dans le dernier).
- 3 cas où la symptomatologie est typique mais retardée avec un pyrosis dans le 1er cas, un syndrome de posture dans le second, un pyrosis et un syndrome de posture dans le 3ème.
- 6 cas où la symptomatologie est atypique, dans 5 cas il s'agit d'un syndrome hypersthénique et dans le dernier d'un syndrome hyposthénique.

Selon l'allure de l'hémorragie (hématémèse ou meloena), l'étude de ces malades conduit aux résultats suivants :

- 2 malades ont présenté une hématémèse et se plaignent d'une sémiologie atypique,
- 7 malades ont eu un meloena isolé, leur sémiologie se répartir ainsi :
 - 1 a souffert typiquement d'emblée (pyrosis)
 - 2 ont souffert typiquement de façon retardée,
 - 4 ont souffert de façon atypique.
- 4 malades ont eu alternativement hématémèse et meloena :
 - 1 a souffert typiquement d'emblée (un syndrome de posture,)
 - 1 a souffert typiquement de façon retardée (pyrosis et syndrome de posture)
 - 1 a souffert atypiquement (syndrome hypersthénique)

Le temps depuis lequel ces malades souffrent de troubles digestifs excède une année et même souvent 10 ans dans 9 des cas (69%). Dans les 4 cas restants il est inférieur à 1 an (31%).

Enfin 3 formes hémorragiques présentent une lésion organique digestive isolée susceptible de saigner. La sémiologie fonctionnelle de ces formes est variable et le temps depuis lequel elle existe est également très différent (2 mois, 2 ans et 50 ans).

- En conclusion de ce paragraphe, on aboutit ainsi aux considérations suivantes :

- a) la sémiologie fonctionnelle des formes hémorragiques des hernies diaphragmatiques est essentiellement variable, aucun type particulier de symptômes ne peut leur être rattaché.
- b) l'allure des signes fonctionnels n'a aucun parallélisme avec le type de l'hémorragie (hématémèse ou méléna).
- c) le temps pendant lequel les malades ont souffert est le plus souvent long et excède une année et même souvent 10 ans. Mais ce n'est pas constant. Il semble cependant que le risque d'une hémorragie augmente avec le temps.

III/ SEMIOLOGIE FONCTIONNELLE ET LESIONS ORGANIQUES DIGESTIVES ASSOCIEES SANS LESIONS OESOPHAGIENNES :

Nous excluons d'emblée les lésions oesophagiennes associées, bien que celles-ci posent les problèmes les plus intéressants et en particulier celui de savoir si elles précèdent la hernie ou lui succèdent. C'est en particulier le cas des oesophagites, des diverticules, des ulcères peptiques, des dolicho ou mégaoesophages.

Nous ne considérerons, dans ce chapitre, comme lésion digestive associée, que les affections qui ont une autonomie certaine et qui, à coup sûr, ne peuvent pas être la conséquence de la hernie (ce qui ne signifie pas qu'elle ne puisse pas en être la cause).

Sur 15 malades qui entrent dans ce cadre, 13 peuvent être classés, selon l'organe lésé, en sujets porteurs d'une affection hépato-vésiculaire, gastrique ou colique.

Nous avons étudié chez ces malades l'aspect de la sémiologie et le temps pendant lequel ils en ont souffert avant la découverte de la hernie.

Nous aboutissons ainsi au tableau suivant où nous mentionnons le temps depuis lequel les malades souffrent. Dans la colonne réservée à la sémiologie retardée, nous inscrivons successivement le temps depuis lequel existe la symptomatologie typique, puis celui pendant lequel la symptomatologie atypique l'a précédée.

Enfin signalons que, certains malades présentant une association de 2 lésions digestives, ont dû être reportés 2 fois dans ce tableau qui concerne en fait 13 malades.

Organe lésé.	Nature de la lésion	Nombre de cas	Typique	Atypique retardée	Atypique	Inconnue	Découvertes d'ex. systém.
I/Hépatobiliaire	Lithiasique	5	1) depuis 6 mois.	2) pyrosis depuis 7 mois, atypique depuis 2 ans	3) depuis 3 mois 4) depuis ???	5) ???	
	Affection vésiculaire	1			1) depuis 50 ans.		
	cirrhose	2			1) depuis 3 mois		2) décour. systém.
II/Estomac	Ulcus	4		1) 7 mois-2 ans 2) 2 mois-4 ans 3) 5 mois-1 an 1/2 4) depuis 30 ans.			
	Gastrite atrophique	1			1) depuis 8 mois.		
III/Colon	Dolichocolon	1		1) 4 mois-25 ans.			
	Cancer	1			1) - 30 ans		
	Diverticulose	1			1) - 50 ans		

- La lecture de ce tableau permet les constatations suivantes :

- 1) rareté des malades qui ont souffert typiquement d'emblée: 2 cas sur 13 (15%).
- 2) Fréquence par contre des malades qui ont souffert de façon atypique.

Fait remarquable la symptomatologie atypique a précédé la symptomatologie typique retardée d'une ou plusieurs années pour les malades qui entrent dans ce groupe. La symptomatologie atypique lorsqu'elle existe seule, s'est installée depuis quelques mois seulement sauf dans un cas où elle remonte à 50 ans.

- Il semble donc que puisse être établie, chez ces malades qui ont une lésion organique digestive, une chronologie des faits pathologiques.

- a) Survenue d'une lésion hépato-vésiculaire, gastrique ou colique (la filiation de celle-ci étant souvent moins nette), qui s'accompagne pendant un certain temps d'une symptomatologie atypique, qui n'évoque d'ailleurs pas la présence d'un ulcère ou d'une lithiase mais est toujours vague et impersonnelle.
- b) Puis apparition d'une hernie diaphragmatique que traduirait l'installation d'un pyrosis ou d'un syndrome de posture.

CONCLUSIONS GENERALES

Nous avons pu, au cours de ce travail, confirmer certaines notions classiques telles que la survenue des hernies diaphragmatiques chez les sujets de plus de 50 ans et leur plus grande fréquence chez la femme. Nous avons vu également que leur dépistage est beaucoup plus fréquent depuis qu'on sait les rechercher.

Cependant, nous nous étions demandé s'il existait bien une spécificité de la sémiologie herniaire comme le pensent de nombreux auteurs.

A ce problème notre étude a pu apporter, croyons-nous, des éléments intéressants :

- 1) Elle a montré d'abord que les hernies diaphragmatiques n'étaient actuellement diagnostiquées que pour autant qu'elles s'accompagnent d'un cortège symptomatique. Faute d'examen systématique, orienté dans ce sens, la fréquence des formes latentes ne peut être définie.
- 2) La symptomatologie que la plupart des auteurs considère comme caractéristique de l'affection, c'est-à-dire le pyrosis et le syndrome de posture ne se rencontre pas dans tous les cas puisque 64% de nos malades seulement s'en plaignent.

Cette fréquence nous paraît cependant suffisamment importante pour justifier la valeur symptomatique qu'on lui a accordée comme signe d'orientation clinique du diagnostic de hernie diaphragmatique, qui sera confirmé obligatoirement par un examen radiologique.

Fait également important, le pyrosis semble précéder chronologiquement l'apparition d'un syndrome de posture.

Nous avons remarqué que l'existence d'un syndrome hypersthénique isolé, d'allure non spécifique, sans rythme ni périodicité nets, doit également faire songer à la possibilité d'une hernie et la faire rechercher

puisqu'il 24% de nos malades en souffrent. Cette symptomatologie peut rester isolée ou précéder pendant plusieurs années l'apparition d'un pyrosis ou d'un syndrome de posture.

Il semble que les malades porteurs de hernie consultent environ 10 ans après la survenue de cette dernière.

Plus les malades sont âgés et plus brève semble l'expression symptomatique qui précède l'apparition de la hernie.

- 3) Des hémorragies, parfois révélatrices, s'insèrent dans la symptomatologie des hernies diaphragmatiques dans 1/4 des cas.

Leur abondance est en général moyenne et elles se traduisent plus souvent par un méloena que par une hématéme. Leur mécanisme ne peut pas être reconnu dans tous les cas.

Elles semblent expliquer en grande partie l'anémie qui accompagne certaines hernies, l'anémie qui peut parfois aussi révéler la hernie.

La sémiologie des formes hémorragiques est variable et le type de symptomatologie fonctionnelle ne présente aucun parallélisme avec le type de l'hémorragie (hématéme ou méloena).

Il semble que le risque d'hémorragies augmente avec le temps.

- 4) L'étude du volume de la hernie montre que celui-ci est d'autant plus important que le malade souffre depuis plus longtemps et qu'il est plus âgé.

22% de nos malades atteints de hernie ont un reflux radiologique, mais celui-ci ne correspond pas toujours à l'existence d'un "reflux physiologique" que traduirait un pyrosis.

- 5) La fréquence de lésions organiques digestives associées à la hernie est considérable et s'observe dans 1/4 des cas.

Il semble que chez les malades porteurs d'une lésion digestive associée, on puisse établir une chronologie des faits pathologiques.

- a) survenue d'une lésion hépato-vésiculaire, gastrique ou colique avec symptomatologie atypique vague n'évoquant pas la nature de l'organe responsable.
- b) puis apparition d'une hernie diaphragmatique que traduirait l'installation d'un pyrosis ou d'un syndrome de posture.

On aboutit ainsi à la notion que la hernie diaphragmatique semble être l'aboutissant d'une maladie digestive évolutive, comme le suggèrent l'ancienneté habituelle des troubles (depuis 10 ans), la fréquence de signes fonctionnels non caractéristiques suivis ou non d'un pyrosis qui précède fréquemment un syndrome de posture, l'augmentation du volume de la hernie et du risque d'hémorragie avec le temps.

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
1ère Partie	3
1/ Répartition selon âge et sexe	4
2/ Sémiologie fonctionnelle douloureuse	6
3/ hémorragies et anémies	14
4/ Caractères radiologiques de nos observations.	19
5/ Répartition selon les lésions organiques digestives associées	22
2ème Partie	23
1/Sémiologie fonctionnelle et caractéristiques radiologiques de la hernie	23
2/Sémiologie fonctionnelle des formes hémorragiques franches	26
3/Sémiologie fonctionnelle et lésions organiques digestives associées sans lésions oesophagiennes	27
Conclusions générales	30

Vu le Président de thèse

Professeur Ch. LEBRAY

Vu le Doyen de la Faculté de
Médecine de Paris

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- 1- AKERLUND A. : HD hiatus oesophagéal. Acta radiologica 6 , 3, 1926.
- 2- ALLISON P.R. : Reflux esophagitis, sliding hiatal hernia and the anatomy of repair. Surg. Gyn. Obst. vol.92 Avril 1951 n°4 419.
- 3- ALLISON P.R. : Deux variétés anatomiques des hernies de l'hiatus oesophagien . The lancet 1950.
- 4- BOUSSER J. : L'anémie des H.D. de l'estomac. Bull. Med. 15 nov. 1949 n°22, 515-517.
- 5- BRECHOT C. : A propos de 13 cas d'hématémèses par H.D. ; valeur clinique , conception pathogénique ; conduite actuelle du diagnostic radiologique et du traitement. Thèse Paris 1955.
- 6- BROMBART M. ; GOFFRINE J. et LAURENT Y. : Les protrusions gastriques à travers l'hiatus oesophagien . Acta G.E. Belgica 13 222, 1950.
- 7- HILLEMANT P. : Les hernies de l'estomac . Traité de gastro-entérologie .Flammarion 741-759.
- 8- HILLEMANT P., WATTEBLIED R. : La hernie du hiatus oesophagien, Presse médicale 43 20/6/53 886.
- 9- HILLEMANT P., ISCHWALL, WATTEBLIED, VARELA : A propos des formes anémiques des H.D. de l'estomac chez l'adulte. Semaine des hôpitaux 2/5/1954. p.1843.
- 10- IAMBLING A. : Les dyschésies gastro-oesophagiennes et duodéno-gastriques dans la genèse des troubles fonctionnels de l'oesophage et des oesophagites, des dyspepsies et des gastrites. Le rôle du reflux en pathologie digestive. Journées des gastro-entérologues français 15-16 juin 1951. Paris.
- 11- LORTAT-JACOB et ROBERT : Les malpositions cardio-tubérositaires Arch. Mal. App. Dig. Nutr. T.42 n°6 Juin 1953 p.750 à 771.

- 12- NEMOURS - AUGUSTE S. : A propos de la fréquence des H.D. non traumatiques par l'orifice oesophagien, dites hernies n°3 et de la classification des hernies de l'hiatus. Arch. app. dig. et nutr. 38, 12, 1949.
- 13- NEMOURS-AUGUSTE M. : Réflexions sur le reflux gastro-oesophagien. Arch. Mal. Dig. et nutr. 39, 78, 1950.
- 14- NEMOURS-AUGUSTE M. : La physiologie de l'oesophage. Journée des gastro-entérologues français. Paris 15-16 juin 1951. Arch. app. dig. et nutr. Suppl. au n°5, mai 1951.
- 15- WANTEBLED R. : A propos des hernies de l'estomac par l'hiatus oesophagien du diaphragme chez l'adulte (d'après l'analyse de cent observations). Thèse Paris 6 mai 1953.

